TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR J. LEMELAND



PARIS
OCTAVE DOIN ET FILS, ÉDITEURS
8, PLACE DE L'ODÉON, 8



PREMIÈRE PARTIE

TITRES SCIENTIFIQUES ET FONCTIONS

I — FACULTÉ DE MÉDECINE



Docteur en médecine de la Faculté de Paris (1909).
Moniteur d'accouchements a la Clinique Tarnier (1909-10).
Chef de clinique adjoint a la Clinique Tarnier (1910-12).
Chef de Clinique a la Clinique Tarnier (1912-13).
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris.
(Médaille de bronze. Thèse de doctorat, 1909.)

II — ASSISTANCE PUBLIQUE

Externe des Hôpitaux (1899)
Interne des Hôpitaux (1905-09).
Lauréat des Hôpitaux.
(Médaille d'argent. Chirurgie et accouchement, 1909.)

III. — ENSEIGNEMENT

Cours aux élèves sages-femmes. La Maternité (janvier-mai 1909).
Manœuvres opératoires obstétricales a la Clinique Tarnier (1910).
Préparateur du cours d'obstétrique a la Faculté (M. Jeannin agrégé) (1909-10).
Manœuvres opératoires obstétricales a la Faculté (1910).
Cours de pratique obstétricale a la Clinique Tarnier (1910-11-12-13).
Cours de physiologie a l'École municipale d'Infirmières (La Salpêtrière) (1911).

IV. — SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de la Société obstétricale de France.
Membre de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris.

V — PRESSE MÉDICALE

Collaboration aux Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie

---

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1905 — 1. Un cas d'hémorragies multiples chez un nourrisson (en collaboration avec le Dr Maygrier). *Société obstétricale de France.*

2. Présentation d'un enfant âgé de 8 jours atteint de malformations des membres (en collaboration avec le Dr Maygrier). *Société obstétricale de Paris*, 15 juin 1905.

3. Appendicite et grossesse (en collaboration avec le Dr Maygrier). *Société d'obstétrique de Paris*, 16 novembre 1905.

1909. — 4. Rétention d'urine chez le fœtus sans malformations des voies urinaires. *Société d'obstétrique de Paris*, 25 mars 1909.

5. Rétention stercorale à la suite d'un accouchement provoqué. Guérison par les lavements électriques (en collaboration avec le Dr Maygrier). *Société d'obstétrique de Paris*, 22 avril 1909.

6 Spina bifida opéré 4 jours après la naissance (en collaboration avec le Dr Maygrier). *Société d'obstétrique de Paris*, 22 avril 1909.

7. Malformations multiples chez un nouveau-né (en collaboration avec le Dr Maygrier). *Société d'obstétrique de Paris*, 17 juin 1909.

8. Rupture des vaisseaux de la face fœtale du placenta au cours du travail (en collaboration avec le Dr Maygrier). *Société d'obstétrique de Paris*, 7 juin 1909.

9. De la torsion des fibromes utérins sous-séreux et interstitiels (en collaboration avec le Dr Piquand). *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, juin 1909. *Thèse de Paris*, juillet 1909.

10. De la torsion des fibromes utérins au cours de la grossesse (en collaboration avec le Dr Piquand). *L'Obstétrique*, juillet 1909.

1910. — 11. Les altérations des fibromyomes de l'utérus au cours de la grossesse et de la puerpéralité (en collaboration avec le Dr Piquand). *L'Obstétrique*, janvier 1910.

12. Tumeur sacro-coccygienne chez un nouveau-né. Ablation. Guérison (en collaboration avec le Dr Maygrier). *Société d'obstétrique de Paris*, 20 janvier 1910

1911. — 13. Anomalie de la torsion intestinale. *Société d'obstétrique de Paris*, 16 mars 1911.

14. Le Salvarsan en obstétrique (revue générale). *L'Obstétrique*, avril 1911.

1912. — 15. Rupture utérine Opération de Porro (en collaboration avec le Dr Brindeau). *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, février 1912.

16. L'élaboration des albumines de la ration chez la femme enceinte soumise au régime lacté. *Archives mensuelles d'obstétrique*, mai 1912.

1913. — 17. Les résultats observés à la Clinique Tarnier par l'emploi du Salvarsan et du Néo-salvarsan (en colloration avec M. Brisson). *Archives mensuelles d'obstétrique*, mars 1913.

18. Collaboration au *Manuel des Infirmières* publié sous la direction de MM. Mesureur et Cornet. — Vigot, éditeur (partie obstétricale.) *Sous presse*.

DEUXIÈME PARTIE

EXPOSÉ ANALYTIQUE

Nous diviserons l'exposé analytique des travaux que nous venons d'énumérer en deux chapitres :

I. Les mémoires originaux;
II. Les faits cliniques

I. — MÉMOIRES ORIGINAUX

Des six mémoires que nous rapportons trois ont trait à la question des fibromes utérins.

Deux concernent le traitement de la syphilis par le Salvarsan.

Un enfin est un mémoire de physiologie obstétricale.

Nous les exposerons dans cet ordre.

1° FIBROMES UTÉRINS

A. **La torsion des fibromes utérins sous-séreux et interstitiels** (en collaboration avec le Dr Piquand.) *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, juin 1909.

Dans ce travail qui a fait le sujet de notre thèse inaugurale nous avons à propos de plusieurs cas personnels repris cette question de la torsion des fibromes tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique.

Étiologie. — La torsion des fibromes utérins peut se produire dans deux conditions différentes :

1° Au cours de son développement, le fibrome s'isole en quelque sorte de l'utérus et reste uni à cet organe par un pédicule de soutien et de nutrition, pédicule fibro-utérin, c'est sur ce pédicule que portera la torsion ;

2° Le fibrome garde sur l'utérus une large base d'implantation. Au cours de son développement dans l'abdomen il entraîne l'utérus. Celui-ci, fixé à sa partie inférieure, s'allonge, s'étire au niveau de sa partie moyenne, constituant ainsi un pédicule de dimensions variables à la tumeur. La torsion portera, dans ce cas, sur ce pédicule utérin constitué par l'utérus lui-même ; c'est ce que nous désignerons sous le nom de : torsion du pédicule utérin, ou torsion axiale de l'utérus.

Ces deux formes présentent un grand nombre de points communs et sont confondues par la plupart des auteurs. Néanmoins, elles méritent d'être séparées, car elles présentent, comme nous le verrons, des distinctions notables.

I — Torsion des pédicules fibro-utérins

La fréquence de cet accident est difficile à établir Sur une statistique portant sur 9 000 cas de fibromes, nous l'avons trouvé signalé 23 fois, soit 1 cas de torsion sur 391 cas de fibromes.

Quant aux causes de la torsion on peut les diviser en :

1° Causes prédisposantes ;

2° Causes déterminantes.

Causes prédisposantes. — Elles résultent des caractères de la tumeur, et nous retiendrons principalement :

1° *Les caractères du pédicule :*

Plus le pédicule est long et mince, plus la torsion est facile.

2° *Le siège de l'implantation du pédicule sur l'utérus :*

L'implantation latérale du fibrome est signalée 58 fois, et l'implantation médiane seulement 6 fois.

3° *Le volume de la tumeur :*

Il s'agit en général de tumeurs volumineuses.

4° *La forme du fibrome :*

Les tumeurs ovoïdes à extrémités inégales, les tumeurs réniformes, sont signalées fréquemment dans les cas de torsion.

5° *Le siège de l'implantation du pédicule sur le fibrome :*

Le pédicule s'insérant plus près d'une extrémité que de l'autre divise le fibrome en deux parties inégales, la plus volumineuse constitue un

bras de levier qui fait tourner tout le système et sur lequel agissent facilement toutes les forces susceptibles de déterminer la torsion.



Fig. 1. — Torsion d'un volumineux fibrome implanté par un très large pédicule sur le fond de l'utérus.
L'utérus présentait à sa face antérieure un autre gros fibrome.
Le fibrome tordu était transformé en un vaste kyste rempli de sang et de caillots.
Les deux trompes étaient distendues par un volumineux hémato-salpinx.

Causes déterminantes ou occasionnelles. — D'après les auteurs il faudrait considérer la grossesse comme une des causes déterminantes les plus importantes. Elle agirait autant par les déplacements qu'elle imprime au fibrome que par les modifications anatomiques qu'elle provoque dans la tumeur. Cette étude a été reprise dans un autre mémoire, nous n'y insisterons pas ici, disons seulement que ce rôle de la grossesse apparaît comme exagéré.

Le rôle des tumeurs de voisinage semble beaucoup plus important, la

tumeur en se développant refoule le myome en pressant sur une de ses extrémités. Mais cette cause pour importante qu'elle soit est loin d'être la plus fréquente.

On a invoqué *les causes mécaniques*, positions anormales, examens médicaux intempestifs, mouvements brusques, modifications de volume de la vessie, etc. Mais toutes ces causes qui ne sont pas sans valeur ne sauraient expliquer la fréquence du sens de la torsion de gauche à droite,



Fig. 2 — Torsion du pédicule d'un volumineux fibrome réniforme.

Le pédicule très court a été allongé sur la figure pour permettre de voir plusieurs fibromes interstitiels et sous-séreux dont la présence semble avoir été la cause de la torsion. — On remarquera l'insertion nettement latérale du pédicule sur le fibrome et sur l'utérus.

et il nous semble qu'il faut chercher cette explication dans les viscères siégeant à gauche de l'utérus et principalement dans *l'S iliaque* qui jouerait dans la circonstance un rôle primordial.

Enfin il nous a semblé que dans certains cas on pouvait faire jouer un rôle *à la migration du fibrome au cours de son développement*, celui-ci se comportant dans l'excavation pelvienne comme une véritable tête fœtale, qui serait chassée vers la cavité abdominale ou à *l'accroissement inégal de la tumeur*.

II. — Torsion axiale de l'utérus fibromateux
(pédicule utérin).

Plus fréquente que la précédente, cette forme se rencontre surtout chez les femmes âgées. Elle peut être la conséquence soit d'un fibrome

sessile, soit d'un fibrome pédiculé, cette dernière variété paraissant un peu moins fréquente.

Dans certains cas on peut observer en outre une double torsion, l'une portant sur le pédicule de la tumeur, l'autre sur l'utérus lui-même.

La plupart des cas concernent des pédicules assez volumineux et insérés sur le fond de l'utérus à sa partie moyenne.

Quant aux fibromes sessiles qui entraînent la torsion de l'utérus, ce sont en général des tumeurs très volumineuses et souvent développées inégalement, empiétant plus sur un des bords de l'utérus que sur l'autre.

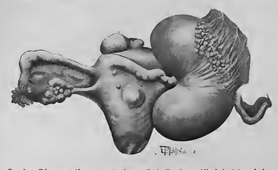


Fig. 3 — Fibrome réniforme avec torsion verticale d'un long pédicule inséré sur la face postérieure de la corne gauche de l'utérus (d'après Peterson).

Anatomie pathologique. — I. Pédicules fibro-utérins. — 1° Le *sens de la torsion* est en général de gauche à droite, mais en réalité la torsion n'obéit à aucune règle fixe. Elle dépend de la situation réciproque du centre de gravité du fibrome et du point d'implantation du pédicule, du point d'application de la poussée qui fait tourner la tumeur et du sens de cette poussée. Et nous expliquerions volontiers la fréquence des torsions de gauche à droite par le rôle que nous reconnaissons à l'S iliaque.

2° La *fixité* de la torsion est très variable suivant le degré de la torsion et les adhérences que peut avoir contractées la tumeur.

3° Le *degré* de la torsion varie lui aussi dans des proportions considérables, depuis un demi-tour de spire jusqu'à sept tours pouvant aller jusqu'à la *rupture du pédicule*, comme cela a été signalé dans plusieurs cas.

Lésions histologiques du pédicule. — Nous avons pu sur plusieurs

préparations préciser les lésions du pédicule, que nous pouvons résumer de la manière suivante :

Le pédicule montre d'ordinaire à la coupe une enveloppe séreuse épaissie entourant une masse de tissu conjonctif plus ou moins œdématié contenant de rares fibres musculaires et quelques fibres élastiques. Ce squelette fibro-conjonctif renferme des vaisseaux à direction très oblique se rapprochant de l'horizontale. Ceux-ci, et principalement les veines,

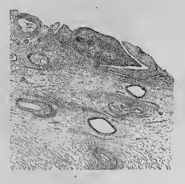


Fig. 4. — Coupe d'un fibrome tordu œdématié et renfermant des foyers hémorragiques.

A la partie centrale de la figure on voit une veine très dilatée et en partie oblitérée par un caillot sanguin. Tout autour les fibres musculaires sont fortement dissociées, séparées les unes des autres par de l'infiltration sanguine et œdémateuse.

présentent des lésions d'inflammation chronique. Ces lésions, pour les veines centrales, se réduisent à un léger épaississement, elles aboutissent à la thrombose et même à l'oblitération complète pour les grosses veines périphériques. Autour des vaisseaux thromhosés, on trouve parfois des foyers hémorragiques et une infiltration leucocytaire assez abondante.

Lésions du fibrome. — Les lésions du fibrome sont très variables suivant les cas, et suivant certaines conditions faciles à prévoir : rapidité de la torsion, intensité de la torsion, existence ou non de voies nutritives accessoires par les adhérences

Aussi l'aspect sur la coupe est-il très variable et l'on peut rencontrer tous les degrés, depuis la simple congestion de la zone périphérique jusqu'à la transformation complète du fibrome en une tumeur kystique hématique ou séro-hématique.

En général les lésions sont plus marquées à la périphérie qu'au centre

de la tumeur et dans les points les plus éloignés du pédicule que dans ceux qui l'avoisinent.



Fig. 5. — Coupe du pédicule d'un fibrome tordu.

On voit de très nombreux vaisseaux fortement dilatés et presque tous oblitérés par des amas de globules sanguins ; un de ces vaisseaux situé au centre de la préparation présente une direction presque horizontale et affecte la forme d'un arc de cercle. Le tissu conjonctif avoisinant est très fortement œdématié et creusé de cavités sans paroi propre, remplies de liquide séreux.

Histologiquement, on observe des lésions d'œdème, amenant une dissociation plus ou moins considérable des fibres musculaires, pouvant

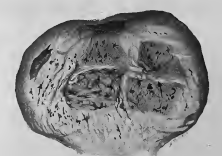


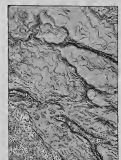
Fig. 6. — Coupe macroscopique de fibrome tordu.

arriver à donner l'aspect de larges mailles remplies de liquide et d'une substance amorphe non colorable par les réactifs, arrivant même à former de véritables cavités kystiques.

A un degré plus marqué, on voit se produire de l'infiltration sanguine par suite de ruptures vasculaires, et l'on aperçoit dans la tumeur des amas hémorragiques analogues aux noyaux d'infarctus de l'apoplexie pulmonaire.

Ces fibromes ainsi altérés sont de consistance molle, ils ne crient pas sous le scalpel et laissent écouler à la coupe une sérosité sanguinolente.

Lorsque les altérations sont plus marquées, on peut distinguer trois zones différentes sur la coupe de la tumeur :



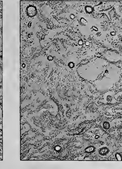


Fig. 7 et 8. — Coupes prises à la périphérie d'un fibrome à pédicule tordu présentant des lésions d'œdème et d'infiltration sanguine.

La figure de droite montre une dissociation et une infiltration du tissu conjonctif qui renferme de nombreux vaisseaux remplis de globules sanguins.
Sur la figure de gauche, le tissu est réduit à une sorte de réticulum ne renfermant presque aucun élément différencié qui est infiltré de substance muqueuse et creusé de cavités mal limitées remplies les unes de globules sanguins, les autres de matière gélatineuse.

1° Une zone centrale ou juxta-pédiculaire constituée par du tissu fibro-myomateux relativement peu altéré, simplement ramolli et infiltré ;

2° Une zone périphérique éloignée du pédicule, formée par du tissu rouge violacé, renfermant des noyaux d'infarctus plus ou moins volumineux confluents ;

3° Une zone intermédiaire présentant des lésions de congestion et d'infiltration sanguine diffuse. On peut y trouver toutes les transitions, depuis un tissu légèrement rosé jusqu'à un tissu violacé parsemé d'une infinité de points apoplectiques rougeâtres ou noirâtres.

Les noyaux d'infarctus peuvent se présenter avec des caractères variables, tantôt, on les voit formés simplement par des fibres musculaires séparées par des amas de globules rouges, et malgré des altérations

profondes des différents éléments on peut encore reconnaître quelques-uns de leurs caractères histologiques, tantôt au contraire ils sont formés à peu près uniquement par une masse diffuse presque amorphe, vaguement réticulée par endroits et parsemée d'un pigment brun jaunâtre provenant des globules sanguins détruits.

Ce sont là évidemment deux stades différents de la même lésion.

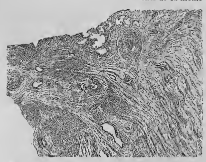


Fig. 9. — Coupe prise à la périphérie d'un fibrome à pédicule tordu.

On voit d'assez nombreux vaisseaux dont plusieurs sont oblitérés par des caillots.

Le tissu avoisinant est fortement œdématié et présente à la partie supérieure de la coupe plusieurs géodes sans paroi propre et remplies de sérosité.

Toutes ces lésions sont évidemment la conséquence des compressions vasculaires produites par la torsion. Compression portant surtout et d'abord sur les veines et gênant la circulation de retour d'où la production des lésions d'œdème d'abord, d'apoplexie ensuite.

Lorsque la torsion devient suffisamment serrée pour produire l'arrêt de la circulation artérielle on voit apparaître des lésions d'un autre ordre.

Si l'apport artériel est seulement diminué, si la torsion est lente, on peut voir se produire la transformation fibreuse et ultérieurement calcaire de la tumeur. Si au contraire l'arrêt circulatoire est brusque et très marqué on voit apparaître les lésions de nécrose. Cette nécrose, aseptique à son origine, peut devenir septique par des infections secondaires et donner lieu à des accidents graves.

Enfin, à côté des lésions propres à la tumeur la torsion peut entraîner des lésions des viscères voisins, annexites diverses, compression des vaisseaux pelviens, thromboses, compression de l'intestin, et surtout déplacements de la vessie qui est entraînée plus ou moins dans le mouvement de la tumeur.

Il faut également signaler les adhérences que peut contracter la tumeur avec les viscères voisins.

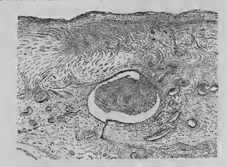


Fig. 10. — Coupe au niveau du pédicule d'un fibrome tordu.

On voit de nombreuses veines dilatées, dont la plupart sont oblitérées plus ou moins complètement par des caillots en voie d'organisation. Quelques artères sont perméables et présentent seulement un épaississement de leur paroi. Le tissu conjonctif et musculaire qui entoure ces vaisseaux est légèrement œdématié.

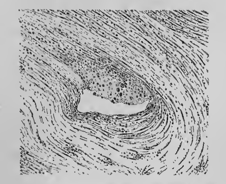


Fig. 11. — Coupe du même fibrome que figure 12 en un point où les altérations étaient moins prononcées.

A la partie centrale on voit une vaste tumeur limitée à sa partie supérieure par un foyer hémorragique. Les fibres musculaires sont également dissociées et séparées par l'infiltration sanguine.

II. Torsion axiale des utérus fibromateux. — Dans ce cas les lésions de la tumeur sont sensiblement les mêmes que dans le cas précédent. L'in-

térêt réside uniquement dans l'étude du pédicule formé par l'utérus lui-même.

La torsion est généralement moins marquée que sur les pédicules fibromateux, elle entraîne en général l'oblitération du canal cervical. La torsion porte en général sur l'isthme ou la partie sus-vaginale du col.

Les altérations de l'utérus au niveau du point de torsion sont assez variables. Si la torsion est peu serrée, on trouve seulement quelques lésions vasculaires. Si la torsion est serrée, on trouve des altérations importantes du tissu utérin. Les fibres musculaires lisses disparaissent

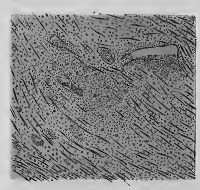


Fig. 12. — Coupe d'un fibrome tordu avec foyers hémorragiques.
On voit de nombreux vaisseaux plus ou moins complètement oblitérés par des infarctus hémorragiques. Les fibres musculaires sont éloignées les unes des autres et séparées par des amas de globules.

en partie et sont remplacées par du tissu conjonctif fibreux. Le revêtement épithélial de la muqueuse se desquame et peut finir par disparaître complètement.

Enfin cette torsion axiale de l'utérus entraîne des déplacements considérables des organes voisins, trompes, ovaires, ligaments larges, mais surtout de la vessie, ce qui peut amener des troubles fonctionels marqués.

Symptômes cliniques. — Cliniquement il faut distinguer plusieurs formes.

1° *Une forme de torsion aiguë, brusque*, dans laquelle nous avons distingué trois types cliniques, un type « cataclysmique » brutal sans possi-

bilité d'examen, un type péritonéal (appendicite, etc.), un type moins brutal, moins aigu où un examen est possible.

2° *Torsion lente* où un diagnostic est possible, l'examen devenant supportable et l'ensemble des symptômes permettant de dépister la lésion.

3° *Torsion à poussées successives*. Simple modification de la précédente.

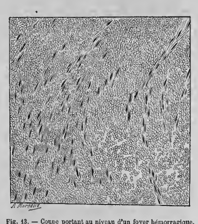


Fig. 13. — Coupe portant au niveau d'un foyer hémorragique.

Les fibres musculaires sont complètement dissociées par les globules sanguins Ces fibres présentent une forme assez irrégulière, les unes sont élargies, la plupart au contraire sont allongées, comme tassées et étouffées par l'infiltration sanguine. Les globules extravasés présentent peu d'altérations. Quelques-uns cependant ont un aspect crénelé.

4° Enfin nous avons cru devoir décrire une forme que nous avons appelée *forme insidieuse*, dans laquelle après un début assez tapageur on voit disparaître les accidents pendant quelques jours. Mais bientôt après la tumeur s'étant sphacélée et infectée on voit survenir une péritonite aiguë.

Le **Diagnostic** de cet accident est particulièrement délicat. Nous nous sommes efforcés d'en indiquer les bases, mais néanmoins nous nous sommes vus obligés de conclure que, à moins de renseignements antérieurs, nets dans la majorité des cas, le diagnostic sera impossible ; que dans quelques cas il pourra être soupçonné et que rarement il pourra être nettement porté.

Le **Pronostic** d'une pareille lésion est forcément toujours réservé, et le **traitement chirurgical** précoce s'impose, aussi conservateur que pos-



Fig. 14. — Coupe portant au niveau d'un infarctus hémorragique à la périphérie d'un myome tordu.

La coupe montre des travées formées par des fibres musculaires fortement altérées et séparées les unes des autres par des globules sanguins. Ces travées forment un réseau limitant des espaces sans paroi propre remplis de globules rouges. On aperçoit plusieurs vaisseaux également remplis de globules et dont quelques-uns s'ouvrent dans des foyers hémorragiques.

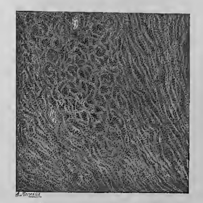


Fig. 15. — Coupe prise au niveau d'un point brunâtre d'aspect sphacélé siégeant à côté d'un infarctus hémorragique.

La coupe examinée à un très fort grossissement montre des travées brunâtres à peine colorables par les réactifs rappelant la forme des fibres musculaires. La plupart de ces travées sont infiltrées par une infinité de points sombres qui paraissent être des grains pigmentaires et des globules en voie de destruction.

sible, cependant, les résultats fournis par la myomectomie dans ces cas ayant été souvent très satisfaisants.

B. **De la torsion des fibromes utérins au cours de la grossesse** (en collaboration avec le Dr Piquand). *L'Obstétrique*, juillet 1909.

Dans ce travail nous avons rassemblé les observations connues de torsion de fibromes au cours de la grossesse. Cet accident est alors particulièrement grave. La grossesse y prédispose par suite des modifications qu'elle apporte dans la constitution des fibromes, des déplacements qu'elle imprime à la tumeur, et du ramollissement de l'isthme utérin.



Fig 16.

Le pronostic de la torsion est là encore très réservé, et l'indication opératoire est nettement posée dans ce cas.

Mais quelle sera l'intervention qui devra être pratiquée. Dans ce cas encore on devra être très conservateur. La myomectomie devra être pratiquée de préférence à toute autre intervention lorsqu'elle sera possible.

Si on se trouvait en présence d'une grossesse à terme ou près du terme on serait en droit de pratiquer d'abord l'opération césarienne puis la myomectomie ou l'hystérectomie.

C. **Les altérations des fibro-myomes de l'utérus au cours de la grossesse et de la puerpéralité** (en collaboration avec le Dr Piquand). *L'Obstétrique*, janvier 1910.

Ayant eu l'occasion de faire l'examen histologique de deux fibromes enlevés au cours de la grossesse dont nous avons rapporté les observa-

tions, nous nous sommes efforcés de décrire les principales altérations que peuvent présenter les fibromes au cours de la grossesse et de la puerpéralité.

1° Altérations macroscopiques des fibro-myomes. — Dans la majorité des cas les fibromes utérins s'hypertrophient au cours de la grossesse.

A l'hypertrophie s'ajoute un ramollissement considérable qui paraît dû surtout à l'œdème; grâce à lui les fibromes peuvent se déformer, permettant ainsi des accouchements que leur volume devait rendre impossibles.

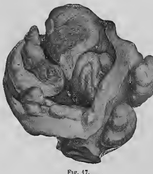


Fig. 17.

La plus ou moins grande richesse d'une tumeur en tissu conjonctif ou musculaire n'a pas grande influence sur son hypertrophie et son ramollissement.

Nous croyons avec Tarnier que les fibromes se ramollissent et s'hypertrophient en totalité au cours de la grossesse, ramollissement plus marqué au centre qu'à la périphérie.

Les fibromes gravidiques présentent une forme et un aspect différents suivant qu'ils sont interstitiels, sous-muqueux ou sous-péritonéaux, par suite des pressions constantes que subissent les tumeurs et surtout de l'extension continue de la paroi utérine sur laquelle repose la base de la tumeur.

Le pédicule des fibromes sous-séreux peut s'élargir, plus souvent il s'allonge et s'effile et même peut se rompre; moins rarement il se tord comme dans 12 observations que nous avons signalées dans un travail précédent.

La surface des fibromes est souvent sillonnée par des vaisseaux très dilatés. La consistance est molle, parfois fluctuante.

A la coupe l'aspect des fibromes gravidiques est très variable suivant le degré de ramollissement et d'infiltration. On peut trouver l'aspect d'un fibrome normal ou de véritables cavités anfractueuses remplies par un liquide sanguinolent, visqueux, blanchâtre ou rosé. En certains points, on voit une substance gélatineuse, aboutissant à la formation de cavités remplies de matière colloïde.

On trouve parfois des foyers apoplectiques et des noyaux d'infarctus.

Dans quelques cas les cavités prennent un développement considérable.

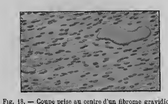


Fig. 18. — Coupe prise au centre d'un fibrome gravidique.

Les fibres musculaires très augmentées de volume et très déformées sont dissociées par une infiltration œdémateuse : en deux points de la figure, on voit des amas de matière colloïde sans aucun élément anatomique.

2° Altérations histologiques. — 1° *Altérations des fibres musculaires.* — Les fibres musculaires dans les myomes gravidiques présentent presque toujours une hypertrophie considérable et nous pensons qu'elle joue un rôle important dans l'augmentation de volume des myomes gravidiques.

Le protoplasme devient trouble, granuleux et fixe moins bien les colorants ; ces altérations sont surtout marquées à la périphérie.

Le protoplasme se charge habituellement de granulations graisseuses qu'on voit nettement dans nos coupes. Au centre, les fibres musculaires œdématiées et en voie de dégénérescence sont en train de disparaître.

Nous n'avons jamais rencontré un aspect strié qu'on a signalé et nous croyons qu'il s'agit d'une simple apparence due à la présence de nombreuses granulations

A côté des fibres adultes, on trouve de nombreux éléments jeunes, localisés en certains points qui constituent les foyers de prolifération, autour des petits vaisseaux. Les éléments jeunes proviennent, soit de la multiplication des cellules du tissu conjonctif, soit de la prolifération des cellules de la gaine adventice qui entoure l'endothélium des vaisseaux jeunes ; cette deuxième hypothèse s'accorde avec les idées de Roesger, Pilliet et

Costes sur le développement des fibro-myomes puisque les éléments jeunes se rencontrent dans le voisinage des petits vaisseaux.

On constate en plus une dissociation des fibres musculaires.

2° *Altérations du tissu conjonctif.* — Les altérations consistent en hypertrophie, prolifération et infiltration œdémateuse, qui vont plus loin que dans les fibres musculaires.

L'hypertrophie est variable, paraît due à une infiltration qui rend les contours des cellules moins nets et le protoplasme moins colorable.

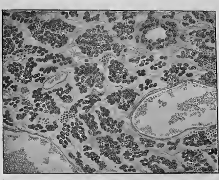


Fig. 19. — Figure montrant les lésions de congestion et de prolifération des fibres musculaires.

Au milieu des nodules formés par ces fibres, on aperçoit de nombreux éléments jeunes qui paraissent être des fibres en voie de développement. Le tissu conjonctif périnodulaire est fortement œdématié. Les vaisseaux nombreux sont dilatés et remplis de globules sanguins.

La prolifération est très active et on voit des éléments jeunes à côté des fibres adultes. Les éléments jeunes sont groupés autour des petits vaisseaux et présentent l'aspect de nodules sarcomateux.

L'infiltration œdémateuse est toujours très marquée.

Les fibres conjonctives s'écartant progressivement, forment une sorte de réseau limitant des mailles remplies par une substance grenue, mêlée à des cellules altérées, à des globules sanguins, surtout des leucocytes et des granulations graisseuses. Entre les fibrilles qui limitent les mailles du réseau on trouve des cellules conjonctives gonflées et infiltrées par l'œdème, qui donnent l'aspect d'un myxome.

En certains points même, la disposition réticulée devient moins nette et peut finir par disparaître complètement, en sorte qu'on ne trouve qu'une substance amorphe, dans laquelle on rencontre quelques leuco-

cytes et noyaux mal colorés. Au sein du tissu œdématié on voit des petites cavités remplies par un liquide blanchâtre poisseux.

3° *Altérations des vaisseaux.* — Augmentation du nombre et du volume des vaisseaux, les uns adultes, la plupart embryonnaires, réduits à une simple paroi endothéliale entourée de cellules jeunes. En certains points le fibrome prend un aspect angiomateux. Ces lésions peuvent être très étendues.

Les vaisseaux lymphatiques sont nombreux et dilatés, contribuant à l'hypertrophie et au ramollissement de la tumeur. On ne peut pas admettre que ce soit la simple dilatation des vaisseaux lymphatiques qui



Fig. 20. — Dégénerescence œdémateuse d'un fibrome gravidique aboutissant à la formation de géodes remplies de liquide et de matière gélatineuse.

Les travées du tissu conjonctif œdématié renferment de nombreuses cellules et des leucocytes. A la partie inférieure, on aperçoit une travée de fibres musculaires peu altérées.

constitue les cavités pseudo-kystiques creusées au sein des fibromes gravidiques. Les veines peuvent être oblitérées, d'où gêne de circulation en retour et augmentation de la pression consécutive pouvant produire des lésions allant de l'infiltration sanguine simple à la formation des foyers apoplectiques, surtout quand il y a torsion du pédicule ou lorsque le placenta s'insère au voisinage de la tumeur.

La matière colloïde se forme dans l'intérieur des fibres musculaires par dégénérescence granuleuse qui remplit tout le protoplasme et finit par détruire l'élément cellulaire.

Le mécanisme de ces altérations paraît simple : formé par les mêmes éléments que la paroi utérine sous l'influence de l'afflux sanguin et de la congestion, les cellules s'hypertrophient; en même temps elles se laissent dissocier par un liquide séreux venu par transsudation des vaisseaux dilatés.

Les lésions de dégénérescence sont provoquées par des troubles de nutrition.

Il nous semble que les grandes cavités kystiques ont la même signification que les petites géodes du tissu œdématié. Nous n'avons jamais trouvé le revêtement endothélial qui indique l'origine lymphatique.

On peut trouver des lésions de nécrose sur lequelles Cornil a attiré l'attention. Elles sont sous la dépendance immédiate des phénomènes de congestion et d'hypertrophie des fibromes gravidiques.

Ces lésions de dégénérescence n'aboutissent pendant la grossesse que très exceptionnellement au sphacèle et à la suppuration, parce que l'infection par voie ascendante se fait difficilement tant que l'utérus est

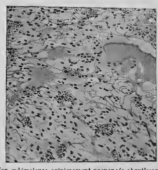


Fig. 21. — Infiltration œdémateuse extrêmement prononcée aboutissant à la transformation du tissu conjonctif en un tissu réticulé dont les mailles renferment des fibres msculaires profondément altérées et déformées, des leucocytes et des noyaux isolés.

En certains points, ces éléments disparaissent complètement, et on ne trouve plus qu'une substance amorphe renfermant quelques leucocytes.

rempli par l'œuf et surtout parce que tant que dure la grossesse, le tissu utérin est le siège d'une circulation extrêmement riche qui empêche le développement des infections.

Que deviennent ces tumeurs après l'accouchement?

Les fibromes subissent une diminution consistant en un retour aux dimensions que la tumeur présentait avant la grossesse et le fibrome continue à évoluer sans tendance à l'atrophie.

Cependant, on a rapporté un certain nombre d'observations dans lesquelles des fibromes avaient présenté une diminution ou même une disparition presque complète. Nous en avons observé un cas dans le service de M. Maygrier. Il s'agit simplement d'atrophie et de disparition clinique de la tumeur et non de disparition vraie; on peut voir la tumeur reparaître sous l'influence des phénomènes de congestion utérine.

On peut voir beaucoup plus rarement un phénomène contraire au précédent. Cela tient à ce que la congestion et l'irritation cellulaire causées par la grossesse persistent après l'accouchement.

Il est probable que, dans les fibromes, au cours de la puerpéralité, sous l'influence de la diminution de la vascularisation de l'utérus les fibres musculaires reviennent à leurs dimensions primitives.

Pour l'atrophie post-partum le processus histologique résulte de deux facteurs.

1° La dégénérescence granulo-graisseuse ;

2° La transformation fibreuse des myomes.

Sous l'influence d'une nutrition insuffisante les éléments anatomiques dégénèrent, aboutissant au ramollissement et à une fonte véritable. Cornil explique cette atrophie par un processus de phagocytose.

La pathogénie de la dégénérescence fibreuse des myomes est simple : sous l'influence de l'ischémie qui résulte de l'involution utérine, les fibres musculaires lisses s'atrophient et sont remplacées par du tissu conjonctif adulte, envahissant de la périphérie vers le centre.

Les accidents de gangrène et de suppuration des myomes sont fréquents au cours de la puerpéralité.

Nous trouvons réunies les conditions qui peuvent favoriser la suppuration.

1° Altérations et dégénérescences du tissu fibro-myomateux ;

2° Diminution de la circulation, troubles de nutrition et diminution de la défense leucocytaire ;

3° Facilité plus grande d'infection.

Nous avons pu en réunir 82 cas.

Les accidents débutent par la périphérie, puis s'étendent à la profondeur.

L'infection peut rester localisée, mais presque constamment se transmet au péritoine.

2° TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PENDANT LA PUERPÉRALITÉ PAR LE SALVARSAN

Le traitement de la syphilis est entré dans ces dernières années dans une voie nouvelle avec la médication arsenicale. Successivement nous avons vu paraître l'hectine, l'atoxyl, l'arsacétine, l'arsénophénylglicine, etc. De ces médicaments, la plupart ont eu une vogue éphémère et n'ont été que les premières tentatives d'une thérapeutique nouvelle. Essais

plus ou moins heureux, ils ont préparé le succès d'une médication qui semble aujourd'hui donner des résultats favorables, le 606 d'Ehrlich ou Salvarsan. Cette médication d'un emploi courant en médecine générale n'avait encore pas été systématiquement employée en obstétrique. Sur les conseils de notre maître M. Bar, nous avons réuni dans une revue générale, les cas où le salvarsan avait été employé pendant la puerpéralité et nous avons sous sa direction expérimenté ce médicament à la clinique Tarnier.

Nous avons rapporté dans un mémoire les résultats obtenus tant chez la femme enceinte que chez la femme en couches et le nouveau-né.

Nous exposerons successivement les conclusions de nos deux mémoires concernant la thérapeutique de la syphilis puerpérale par le Salvarsan.

A **Le Salvarsan en obstétrique.** *Revue générale : l'Obstétrique*, avril 1911.

Depuis plusieurs mois déjà le 606 était employé dans la thérapeutique générale de la syphilis. Aucun travail n'avait encore paru concernant son emploi au cours de la puerpéralité.

Nous avons réuni dans une revue générale, les cas concernant la femme enceinte, la femme en couches et le nouveau-né.

Dans ce travail, nous avons d'abord rappelé dans une première partie les principes généraux de la méthode nouvelle de traitement, la conception, de la « therapia sterilisans magna » d'Erlich; nous avons étudié le médicament lui-même, son mode de préparation et les réactions générales produites par son emploi en dehors de la grossesse.

Dans une deuxième partie nous avons rapporté les cas encore rares de son emploi pendant la grossesse, montrant que de ces cas on ne pouvait tirer qu'une conclusion, c'est que ce médicament manié avec précaution pouvait être employé chez la femme enceinte sans lui faire courir de risques graves.

Nous avons conclu que les résultats obtenus jusqu'à ce jour ne permettaient pas encore de se prononcer sur la valeur du médicament mais qu'un essai prudent pouvait en être tenté pour juger de sa valeur.

Dans un dernier chapitre nous avons étudié les résultats obtenus chez le nouveau-né et montré les différentes méthodes tentées jusqu'à ce jour.

Injection directe au nouveau-né;

Injection de la nourrice et de l'enfant;

Injection de la nourrice seule;

Tentatives de traitement par le lait d'animaux injectés par le salvarsan.

En somme dans ce travail nous avons posé les données de la question sans chercher à la résoudre. Nous avons indiqué les méthodes et la technique. Et c'est partant de ces principes que nous avons employé la thérapeutique nouvelle sous la direction de M. Bar à la Clinique Tarnier dont nous publions les résultats dans le mémoire suivant :

B. **Etude sur les résultats observés à la Clinique Tarnier par l'emploi du Salvarsan et du Néo-Salvarsan chez les femmes enceintes, chez les femme en couches et chez l'enfant nouveau-né** (en collaboration avec M. Brisson). *Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, mars 1913.

Dans ce travail nous avons rapporté les résultats relevés dans 52 observations de femmes traitées par le Salvarsan et le néo-Salvarsan à la Clinique Tarnier.

I. — Trente-huit de ces cas ont trait au *Salvarsan*.

Après avoir rapporté le mode de préparation de la solution, la technique de l'injection, les doses employées qui étaient de 0gr,60 au début et de 0gr,20 ensuite ; nous avons étudié successivement les résultats obtenus :

A. Chez les femmes enceintes ;

B. Pendant les suites de couches ;

C. Chez les nourrissons.

A. — *Pendant la grossesse*. On peut grouper les résultats observés en quatre paragraphes : α) Réactions produites par l'injection dans l'organisme de la femme enceinte ;

β) Action thérapeutique du Salvarsan sur la syphilis maternelle ;

γ) Influence du traitement sur l'accouchement et les suites de couches ;

δ) Action du Salvarsan sur le produit de conception pendant la grossesse et à la naissance.

α) A la suite des injections de Salvarsan on a noté dans la plupart des cas une réaction plus ou moins intense marquée par une élévation thermique, de l'accélération du pouls, des frissons, des vomissements.

La tension artérielle ne paraît pas avoir été nettement influencée ; on note une augmentation du taux des globules sanguins et de l'hémoglobine.

L'élimination urinaire est modifiée, très irrégulière, dans tous les cas on remarque une crise uratique assez intense, parfois un peu d'albuminurie, ou la présence de corps réducteurs.

L'élimination de l'arsenic se fait rapidement, à partir de la première heure qui suit l'injection.

β) L'action du Salvarsan sur la syphilis maternelle a été étudiée par

l'examen clinique qui montre que très rapidement les lésions rétrocèdent : les tréponèmes en disparaissent en vingt-quatre ou quarante-huit heures; la réaction de Wassermann tend à devenir négative dans la plupart des cas, elle reste parfois partielle ; mais on observe assez souvent dans les jours qui suivent l'injection une accentuation nette de sa positivité.

γ) L'action du Salvarsan sur l'accouchement et les suites de couches paraît être nulle.

δ) L'influence du Salvarsan sur l'enfant pendant la grossesse est indéniable à condition que le traitement soit précoce et énergique, l'examen des enfants à la naissance (poids, réaction de Wassermann) le prouve, et cette heureuse action du traitement semble se prolonger assez longtemps ; cependant, il faut agir avec prudence car on constate après l'injection maternelle des modifications des bruits du cœur fœtal, et parfois l'arrêt momentané des mouvements fœtaux.

ε) Nous n'avons pas observé d'accidents généraux, mais les récidives sont fréquentes.

B. — Le traitement par le Salvarsan *pendant les suites de couches* donne lieu aux mêmes réactions générales; son action sur les lésions est la même, mais la réaction de Wassermann semble devenir plus rapidement négative;

La vérification de la loi de Colles a attiré l'attention, et il semble bien que la réactivation biologique de la réaction de Wassermann la confirme.

C. — *Chez le nourrisson.* On a employé, soit:

1° Le traitement indirect, la mère seule étant traitée et nourrissant son enfant.

Il a donné de mauvais résultats bien qu'on ait constaté la présence d'arsenic dans le lait maternel;

2° Le traitement direct est de beaucoup supérieur, l'injection faite à la dose de 0 gr, 03 à 0 gr, 01, suivant l'état de l'enfant, est bien supportée.

L'action sur les lésions est rapide, et la réaction de Wassermann tend rapidement vers la négativité.

Mais ce traitement doit être réservé aux infections subaiguës, car il est dangereux dans les cas de syphilis intense à lésions multiples.

II. — **Quatorze femmes ou nourrissons ont été traités par le néo-Salvarsan.** — Le mode opératoire suivi fut celui recommandé par Ehrlich, mais les doses furent moindres (4 injections de 0gr,60 à deux jours d'intervalle) chez les femmes; chez le nourrisson la dose fut de 0gr,01

Il semble que les réactions générales furent moins intenses qu'avec le Salvarsan, mais on observa des troubles de l'excrétion uréique considé-

rable, une élimination irrégulière de l'arsenic, fréquemment la présence du sucre dans les urines traduisant une atteinte profonde de l'organisme.

L'action sur les lésions (cicatrisation et disparition des tréponèmes) et sur la réaction de Wassermann est aussi rapide que celle du Salvarsan, mais la réaction de Wassermann remonte rapidement vers la positivité.

L'influence sur l'accouchement et les suites de couches fut nulle.

L'action sur le fœtus est comparable à celle du Salvarsan.

Accidents. — Un cas de mort fut observé, cas dans lequel la recherche de l'arsenic dans les urines montra une élimination tout à fait imparfaite.

Chez les femmes en couches les résultats ne présentent rien de particulier.

Quant aux nourrissons, deux seulement ont été traités, ce qui ne peut permettre de conclure

En résumé, des faits observés à la Clinique Tarnier, il semble qu'on puisse tirer les conclusions suivantes :

1° Le Salvarsan et le néo-Salvarsan ont une *action indéniable sur la syphilis pendant la puerpéralité* ; ils produisent, avec une très grande rapidité, la cicatrisation des lésions secondaires et même des accidents primitifs, et la disparition des tréponèmes;

2° Pour arriver à un bon résultat, il faut employer des *doses moyennes*, soit en une fois, soit en plusieurs fois ;

3° Les *réactions* produites dans l'organisme sont en rapport avec la dose injectée, on ne saurait se montrer trop prudent dans le choix des doses, les doses fortes (0gr,50, 0gr,60) sont vite dangereuses pour la mère et pour l'enfant ;

4° On ne devra recourir à une deuxième injection que lorsqu'on se sera assuré que *l'élimination arsenicale* s'est faite normalement à la suite de la première;

5° Le Salvarsan, non plus que le néo-Salvarsan, aux doses normales réputées non dangereuses ne produit sûrement la négativité définitive et certaine de la *réaction de Wassermann;* il est commun de voir cette réaction fléchir très rapidement après l'injection, mais remonter ensuite à son taux antérieur;

6° On ne peut considérer comme guérie que la malade qui présente un résultat négatif depuis un temps suffisamment long (un an au moins) et à condition que la réaction ne redevienne pas positive sous l'influence de nouvelles injections de Salvarsan;

7° L'action heureuse de ces médicaments *sur le fœtus* paraît réelle, mais l'emploi du Salvarsan et du néo-Salvarsan n'est peut-être pas sans danger;

8° On ne saurait, de la négativité de la réaction de Wassermann de la mère, conclure à la non-contamination du fœtus ;

9° L'action *sur le nourrisson* est variable ; elle est favorable surtout dans les infections subaiguës ; dans les infections graves le médicament est trop brutal et dangereux ;

10° Le *néo-Salvarsan* semble produire dans l'organisme des troubles plus profonds que le Salvarsan ; son emploi est dangereux, même aux doses moyennes ; il doit être réservé jusqu'à ce qu'il ait fait ses preuves ;

11° Il n'est pas impossible que l'emploi du Salvarsan et du néo-Salvarsan favorise la fixation des lésions syphilitiques sur les centres nerveux ;

12° Les difficultés de préparation, la nécessité de surveiller l'élimination de l'arsenic, les dangers auxquels expose cette médication en font un *traitement d'exception* qui ne saurait être appliqué encore dans la pratique courante

3° PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALE

L'élaboration des albumines de la ration chez la femme enceinte soumise au régime lacté et la nature de l'azote retenu par l'organisme gravide normal. In *Archives Mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, mars 1912.

Dans cette étude nous nous sommes proposé d'établir l'action du régime lacté chez les femmes enceintes normales et en particulier la manière dont se comportent l'élimination azotée et les échanges azotés chez les femmes enceintes soumises à ce régime.

Profitant des observations très complètes de M. Bar sur l'élimination azotée chez les femmes enceintes soumises au régime mixte, nous avons pu, rapprochant nos résultats des siens, comparer l'influence des deux régimes sur l'élimination azotée.

Dans les expériences nous avons procédé de la façon suivante. Des femmes enceintes normales ont été soumises au régime lacté au début du neuvième mois de la grossesse.

Après une première journée de régime on a mesuré chaque jour avec soin la quantité de lait absorbée en même temps qu'on recueillait les urines et qu'on surveillait le fonctionnement intestinal

On n'a pas tenu compte des résultats fournis pour l'analyse des urines de femmes qui présentèrent au bout de 2 jours de régime soit de la diarrhée soit des vomissements.

L'azote total a été dosé dans les ingesta et dans les excreta.

Pour les ingesta, le dosage d'azote total a été effectué à la fin de l'expérience sur un échantillon de lait obtenu en réunissant des échantillons moyens prélevés chaque jour sur le lait donné aux femmes en expérience.

On a dosé chaque jour dans les urines :

L'azote total, l'urée, l'ammoniaque, l'acide urique.

Enfin le troisième jour de l'expérience, c'est-à-dire le quatrième du régime, on a fait à chaque femme une prise de sang dans lequel on a dosé l'azote.

Neuf observations ont été prises dans ces conditions. Dans une deuxième série d'expériences l'azote urinaire n'a pas été dosé chaque jour ; on s'est borné à examiner la teneur en azote du sérum et ses propriétés physiques ; point cryoscopique, densité, etc...., enfin la proportion du plasma.

Deux points ont été successivement étudiés.

1° Ce qu'est l'élimination azotée chez la femme enceinte soumise au régime lacté ;

2° Ce qu'est la rétention azotée et sous quelle forme l'azote est retenu.

I. — Élimination azotée

On a étudié successivement l'azote total et ses composants : urée, ammoniaque, acide urique, azote non dosé urinaire en précisant pour chacun de ces corps son élimination propre et ses rapports avec tous les autres.

Azote total.

La méthode de dosage employée était celle de Kjéldahl.

On a constaté que le taux de l'azote total urinaire est sensiblement plus élevé chez la femme enceinte soumise au régime lacté, pendant les quatre premiers jours de ce régime, que chez celle soumise au régime mixte : on peut exprimer numériquement cette différence qui est dans le rapport 12/13.77

L'influence de la parité n'a pu être nettement précisée par suite de la faible proportion des femmes examinées (seulement trois primipares contre six multipares). Des expériences il résulte que l'azote total urinaire est augmenté en valeur absolue, chez les femmes enceintes soumises au régime lacté. Que pour une même absorption d'azote la quantité d'azote total éliminée est plus grande chez la femme soumise au régime lacté que chez celle soumise au régime mixte.

Cette augmentation ne dépend pas de la quantité d'azote ingérée mais est due au régime lui-même.

Enfin il y a une utilisation plus grande de l'azote de la ration dans le régime lacté, et il semble qu'au moins dans les premiers jours le régime lacté provoque une décharge d'azote. Il était intéressant de savoir de quoi était formé cet azote total urinaire. On a dans ce but fait le dosage des principales substances azotées urinaires et on a trouvé :

1° *L'urée.* — Les dosages ont été faits par l'hypobromite dans l'urine déféquée au 1/10 par l'acétate *de plomb* dans l'uréomètre de *Moreigne*.

Les chiffres que nous avons obtenus ainsi représentent, exprimé en urée, tout l'azote provenant des corps décomposables par l'hypobromite.

Or dans l'urine, en outre de l'urée, l'hypobromite décompose également les corps ammoniacaux, si bien que le dosage ainsi obtenu représente l'azote de l'urée plus l'azote ammoniacal et que le chiffre d'urée qu'il fournit est inexact par excès, le chiffre réel d'urée doit être calculé en tenant compte de l'ammoniaque

Nous avons dans nos recherches établi : 1° le chiffre d'urée tel qu'il est donné par l'uréomètre, sans faire la correction due aux sels ammoniacaux de manière à pouvoir comparer nos résultats avec ceux des divers auteurs ; 2° nous avons fait la correction des résultats en tenant compte de l'ammoniaque, d'une part dans nos expériences, d'autre part dans les résultats publiés où le chiffre de l'ammoniaque était indiqué.

Nous avons pu ainsi comparer les résultats obtenus chez les femmes aux différents régimes et nous avons pu conclure que les premiers jours au moins du régime lacté il se fait une élimination d'urée supérieure au chiffre moyen normal, qu'au régime lacté la quantité d'urée éliminée est plus considérable qu'au régime mixte, que cette différence est la conséquence non de la quantité d'azote ingéré mais de la nature de l'azote alimentaire. Il y a donc au régime lacté une utilisation meilleure de la ration.

Rapport azoturique. — C'est ce que le rapport azoturique met très nettement en évidence. En effet, si l'on établit ce rapport avec le chiffre d'uréo vrai on constate qu'alors que ce rapport est égal à 0,74 pour les femmes enceintes au régime mixte, il atteint 0,85 pour les femmes au régime lacté. Donc meilleure utilisation de l'azote de la ration et auto-intoxication moindre qu'au régime mixte.

2° *L'ammoniaque.* — Le dosage d'ammoniaque a été fait par le procédé Ronchèse sur les urines de vingt-quatre heures conservées à la glacière Le taux d'ammoniaque est augmenté sous l'influence du régime lacté et

dans ce cas encore la nature de l'azote ingéré semble seule avoir de l'importance, la quantité d'azote ingérée au contraire ne modifiant pas sensiblement les résultats.

L'étude du rapport de l'ammoniaque à l'azote total montre que ce rapport est toujours supérieur à la normale.

Ce qu'on peut expliquer par l'accroissement de l'élimination azotée sous la forme urée que provoque le régime lacté. Dans cetto *transformation* une partie considérable de l'azote après avoir été ammoniacal se transforme en urée, tandis qu'une part considérable encore, étant donnée l'intensité des transformations, reste à l'état d'ammoniaque.

Au reste le coefficient uréogénique ou coefficient d'oxydation vrai nous vient en aide pour conclure et nous montre que sous l'influence du régime lacté le fonctionnement de la cellule hépatique se fait mieux que sous l'influence du régime mixte Ce qui découle par d'ailleurs très nettement de l'examen des chiffres moyens journaliers de ce rapport.

Ce régime lacté semble donc un puissant moyen de désintoxication de l'organisme.

3° *Acide urique.* — Le dosage a été effectué par le procédé Ronchèse, c'est-à-dire qu'on a dosé l'acide urique seul à l'exclusion des bases xanthiques.

On a constaté une diminution nette de l'excrétion d'acide urique, le taux d'acide urique restant très variable avec chaque sujet.

Il résulte de cette diminution qu'au régime lacté il y a une destruction nucléinique moindre qu'aux autres régimes, ce fait est du reste plus manifestement mis en évidence par l'étude des rapports de l'acide urique à l'urée et à l'azote total.

L'*azote non dosé urinaire* ainsi que l'acide urique diminue très notablement sous l'influence du régimo lacté. Si bien qu'on peut conclure qu'au régime lacté il y a une meilleure utilisation de l'acide de la ration et une intoxication moindre de l'organisme. Il semble même résulter de nos recherches que sous l'influence du régime, au moins pendant les premiers jours, il se produit une désintoxication de l'organisme par suite de la grande décharge azotée qu'il provoque.

II. — Y A-T-IL RÉTENTION D'AZOTE PAR LA FEMME ENCEINTE AU RÉGIME LACTÉ

M. Bar ayant établi que dans le dernier trimestre de la grossesse la femme retient de l'azote, il nous a paru intéressant d'étudier comment se comporte à ce sujet la femme soumise au régime lacté.

Trois questions se posent, la femme étant au régime lacté :

1° Y a-t-il rétention d'azote ?

2° Dans l'affirmation est-elle plus ou moins forte qu'au régime mixte?

3° Quelle est la part d'azote retenue qui revient à la mère comparativement avec le régime mixte ?

L'expérience a porté sur deux groupes de neuf femmes. Nous n'avons conservé que les femmes qui au cours des expériences n'ont pas présenté de troubles gastro-intestinaux.

L'azote total des matières fécales étant calculé d'après le coefficient de Bouchard, l'azote total des ingesta et de l'urine a été dosé.

Il résulte de ces recherches que, malgré la très grande intensité de l'élimination azotée chez la femme soumise au régime lacté, tout l'azote ingéré n'est pas éliminé et qu'une partie reste dans l'organisme (13 p. 100).

Si on compare maintenant ces chiffres à ceux donnés par M. Bar on constate que pour des quantités égales d'azote ingéré sous forme de lait d'une part, au régime mixte d'autre part, il y a plus d'azote retenu par l'organisme au régime mixte.

Cet azote profite-t-il tout entier à l'organisme maternel ? Sous quelle forme y est-il retenu ? Tels sont les deux points qui restent à élucider.

Le gain est moindre pour l'organisme de la mère au régime lacté, du moins si on ne considère que les quatre premiers jours, la forte décharge azotée qui se produit à ce moment pouvant en partie expliquer le faible taux de la rétention.

Mais cet azote retenu l'est-il par suite d'une insuffisance rénale et n'encombre-t-il pas l'organisme sous la forme d'urée ? ou reste-t-il sous forme d'azote utilisable pour les besoins de l'organisme? Pour répondre à ces questions nous avons déterminé la teneur en urée du sang et la valeur de l'azote total.

Le dosage d'urée dans le sang a été effectué par le procédé Grimbert

Ces dosages nous ont permis de constater que sous l'influence du régime lacté suivi pendant quatre jours il y a une diminution de l'urée dans le sérum sanguin dont le chiffre tombe nettement au-dessous de celui que l'on observe chez des femmes soumises au régime mixte pendant le même temps.

Les chiffres de l'azote total du sang ont été trouvés très élevés et par suite le rapport de l'urée à l'azote total a été trouvé nettement abaissé.

De ces données il résulte que l'azote fixé est retenu sous une forme utilisable pour la mère et le fœtus

En résumé, nous pouvons conclure que le régime lacté est d'une part un régime peu toxique puisqu'il provoque une transformation plus con-

sidérable des albumines en urée et diminue la quantité des bases puriques.

Il est de plus désintoxiquant en provoquant une élimination plus considérable, une véritable décharge d'azote très rapide et diminuant le taux de l'urée du sang.

Ce régime chez la femme normale a une action très rapide se manifestant très nettement dans les quatre premiers jours.

II. — FAITS CLINIQUES

1° GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

Rupture utérine. Opération de Porro (en collaboration avec le Dr Brindeau). *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, février 1912.

Cette observation concerne une femme de quarante ans, multipare coxalgique qui nous fut amenée à la clinique Tarnier, quatre heures après avoir fait une rupture utérine. Cette femme qui se trouvait dans un état des plus graves, absence de pouls, dyspnée, pâleur, fut immédiatement opérée. Mais dans la circonstance pour aller vite, on pratiqua l'opération de Porro. Cette femme supporta parfaitement l'intervention, et malgré des suites opératoires un peu difficultueuses, guérit parlaitement et se rétablit complètement.

Deux faits nous ont paru se dégager de cette observation, c'est que dans les cas les plus graves on ne doit jamais désespérer et on doit intervenir, d'autre part l'indication de l'opération de Porro nous semble être bien posée dans des cas semblables, où il faut aller vite, de préférence à l'hystérectomie supra-vaginale.

Appendicite et grossesse (en collaboration avec le Dr Tissier) *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1905, p. 282.

Nous avons rapporté l'observation d'une femme enceinte près du terme qui, envoyée dans le service du Dr Maygrier comme étant en travail succomba très rapidement à une poussée suraiguë d'appendicite.

Cette femme qui n'avait jamais présenté ombre de phénomènes intestinaux ou de symptômes appendiculaires présenta pour la première fois, le 7 août au soir, de vagues douleurs abdominales non délimitées, sans fièvre et sans altération de l'état général. Ces douleurs furent prises à Baudelocque, puis à la Charité, pour les prémices d'un accouchement prématuré.

Dans la soirée du 8 et surtout dans la matinée du 9, des symptômes inquiétants apparurent qui prirent bientôt une allure effrayante.

Au moment de la visite à 10 heures, on était en présence d'une péritonite aiguë généralisée vraisemblablement, quoiqu'il n'y eût pas d'indice nettement révélateur à point de départ appendiculaire.

L'intervention s'imposait immédiate et fut pratiquée aussi vite qu'on le put.

On pratiqua l'accouchement précipité quasi forcé, par les voies naturelles ; chez cette octipare dont l'enfant était petit, l'extraction fut prompte et facile. La laparotomie pratiquée ensuite révéla l'existence d'une péritonite aiguë suppurée. On fit un large drainage abdominal puis une suture.

Malgré les soins qui lui furent prodigués, la malade succomba le 10 août à 2 heures du matin.

A l'autopsie on constata l'existence d'une appendicite. — Appendice long de 17 centimètres, adhérent au cæcum et complètement rétrocæcal. Il était gangrené à son extrémité et était obstrué en son milieu par un calcul stercoral. Au niveau de ce calcul existait une perforation.

Accidents graves de rétention stercorale par parésie intestinale à la suite d'un accouchement provoqué : guérison par les lavements électriques (en collaboration avec M. Maygrier). *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique de Paris,* 1909, p. 171.

Nous avons rapporté l'observation d'une femme qui a présenté des accidents graves de coprostase consécutifs à un accouchement provoqué.

Il s'agissait d'une primipare qui entra à la Maternité le 22 mars pour y être accouchée prématurément. Elle était enceinte d'environ sept mois et demi. C'était une constipée chronique sujette en dehors même de son état de grossesse à des alternatives de diarrhée et de constipation.

Pendant les quelques jours qui précédèrent l'intervention, la femme fut purgée et lavementée à plusieurs reprises.

L'accouchement provoqué eut lieu sans incident le 20 avril. A partir de ce jour jusqu'au 5 avril, on constata une rétention complète des matières et des gaz, qui ne céda ni aux lavements ni aux purgatifs. L'état général de la femme se maintenait bon, et n'était nullement en rapport avec les symptômes observés.

Après avoir envisagé les hypothèses diverses, d'iléus par coudure, de péritonite, etc., nous basant sur l'état général excellent de cette femme et sur l'absence de tout signe local, nous pensâmes à une parésie intes-

tinale chez une constipée chronique et ayant éliminé le traitement chirurgical nous eûmes recours au traitement électrique.

Cinq lavements électriques furent administrés à la malade : 2 le 5 avril, 2 le 6, 1 le 8.

Sous l'influence du traitement plusieurs selles sont obtenues qui provoquent la disparition des symptômes d'occlusion ; dès le 7 avril le ventre est redevenu souple et facile à palper. En même temps que se produit cette débâcle la température s'élève de 38°8 le 5 avril à 39°1 le 6 avril au matin pour atteindre 40° le soir et redescendre rapidement dans les jours qui suivent.

Tandis que le pouls qui était à 120° le 5 retombe à 110° le 6 pour atteindre 90° le 8.

La malade se guérit rapidement et allaite elle-même son enfant.

Nous avons retenu de cette observation :

1° L'intensité de la coprostase résistant à une série de purgations et de lavages ;

2° Les accidents fébriles qui accompagnèrent la rétention ;

3° La difficulté du diagnostic causal pouvant provoquer une intervention chirurgicale inconsidérée ;

4° Le résultat obtenu avec les lavements électriques répétés.

Rupture des vaisseaux de la face fœtale du placenta au cours du travail (en collaboration avec M. Maygrier). *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1909, p. 265.

Il s'agissait d'une primipare à terme qui vint à la Maternité en travail d'accouchement.

Enfant vivant, travail évoluant normalement jusqu'à dilatation complète. — A ce moment cessation des bruits du cœur ; le liquide qui s'écoule après rupture de la poche des eaux est sanglant.

Naissance d'un enfant mort-né qui ne montre aucune source d'hémorragie.

Le placenta au contraire présente des caillots sur sa face fœtale. Après avoir écarté ces caillots, on constate la rupture d'un gros vaisseau sur la face amniotique placentaire, siégeant à 3 centimètres environ du cordon normalement inséré.

Nous n'avons pu trouver aucune cause à cette rupture vasculaire si particulière des vaisseaux du placenta.

2° PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NÉ

Un cas d'hémorragies multiples chez un nourrisson (en collaboration avec M. Maygrier). *Société d'Obstétrique de France*, 1905.

Spina bifida opéré quatre jours après la naissance. Mort par hydrocéphalie (en collaboration avec M. Maygrier). *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1909, p. 177.

Nous avons présenté les pièces provenant de l'autopsie d'un enfant mort d'hydrocéphalie à la suite d'une cure radicale de spina bifida.

Il s'agit d'un enfant du sexe masculin qui présentait dans la région lombaire une tumeur du volume d'une grosse noix presque entièrement recouverte de peau. Tumeur à large pédicule non ombiliquée. Tension très faible.

Les pressions qu'on exerce sur la tumeur ne provoquent aucun mouvement convulsif de l'enfant.

Il s'agissait d'une méningocèle pure contenant peu ou pas d'éléments nerveux. Le rachis ne présentait que des lésions très minimes.

L'intervention fut pratiquée deux jours après la naissance. Dissection du sac, ouverture. On constate l'absence de tout élément nerveux, on place une ligature sur le pédicule. Myoplastie. Fermeture des téguments.

Un suintement de liquide céphalo-rachidien se produit dans les jours qui suivent. Ce suintement cesse trois jours après l'opération. A partir de ce moment apparaît une hydrocéphalie rapide qui emporte l'enfant sept jours après l'opération.

L'autopsie a montré une lésion de la deuxième lombaire et aucune autre malformation chez l'enfant.

Ce fait, où il s'agit d'une des formes les plus simples de spina bifida, vient donc à l'appui de l'opinion presque générale qui déconseille les interventions dans le spina bifida.

Tumeur sacro-coccygienne chez un nouveau-né. Ablation. Guérison (en collaboration avec M. Maygrier). *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1910.

Il s'agissait d'un enfant du sexe féminin qui nous fut amené le lendemain de sa naissance.

La région sacro-coccygienne était le siège d'une tumeur, sorte de gros

champignon qui était implanté sur elle par un pédicule de 1cm,5 de long et de largeur à peu près égale.

Le pédicule correspondait non au centre mais au bord supérieur de la tumeur, qui présentait les dimensions suivantes : circonférence, 20 centimètres ; longueur, 7 centimètres ; largeur, 9 centimètres ; épaisseur, 2cm,5.

Tumeur irrégulière, bosselée. La peau qui la recouvrait présentait des aspects différents suivant les points considérés, normale par places, pellucide en d'autres, recouverte ailleurs de poils.

Le palper dénote des inégalités de consistance des zones d'une dureté ligneuse voisinant avec des zones ramollies.

Tumeur non animée de battements, ne subissant pas d'impulsion par l'effort.

Aucune autre malformation ne fut relevée chez l'enfant et on porta le diagnostic de tératome de la région coccygienne en même temps que l'ablation fut décidée.

L'ablation des plus simples fut faite après anesthésie. Les suites furent normales.

L'examen histologique de la tumeur fut fait et révéla l'existence :

1° De tissu cartilagineux et conjonctif fibreux au niveau des noyaux durs ;

2° Au niveau des points ramollis d'un tissu aréolaire qui mascroscopiquement se présentent sous forme de cavités kystiques contenant un liquide louche. Au microscope la partie interne de ces kystes se montre irrégulière, tomenteuse, hérissée de nombreuses proliférations arborescentes ;

3° Le pédicule lui-même était formé de tissu fibro-cartilagineux sans connexion aucune avec le canal rachidien.

Il s'agissait en résumé d'un tératome complètement indépendant du névraxe, ce qui explique l'heureux résultat de l'intervention.

3° MALFORMATIONS FŒTALES

Anomalie de la torsion intestinale (*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 16 mars 1911).

Nous avons rapporté l'observation d'un enfant qui, né spontanément le 17 août 1910 à la clinique Tarnier, mourut le 5 septembre 1910 à dix-neuf jours, n'ayant jamais rendu de méconium, ayant présenté des vomissements, en somme tous les signes de l'occlusion intestinale.

L'examen des viscères de cet enfant montra une disposition spéciale de sa masse intestinale. L'anse duodénale était restée flottante au-devant

du rein droit et n'avait pas exécuté son mouvement de rotation au-dessous de la mésentérique.

Toute la masse du gros intestin était à gauche de la ligne médiane. En aucun point nous n'avons trouvé la cause de l'occlusion.

Présentation d'un enfant âgé de huit jours atteint de malformations des membres inférieurs (en collaboration avec M. Maygrier). *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1905, p. 170).

Nous avons présenté un enfant du sexe féminin pesant 2,200 grammes. Accouchement normal spontané, placenta normal 420 grammes. Mère IVpare.

Les déformations portaient sur les deux membres inférieurs.

On constatait l'existence de deux pieds bots talus avec un léger degré de valgus. D'autre part les membres inférieurs étaient relevés au-devant du tronc et par suite d'une certaine contraction du triceps, les jambes formaient avec les cuisses un angle ouvert en avant. La jambe pouvait être amenée sur le prolongement de la cuisse mais ne pouvait être fléchie en arrière.

A la palpation on ne sentait aucune déformation des condyles fémoraux qui faisaient saillie dans le creux poplité. Le tibia était reporté en avant, les plateaux n'étant plus en rapport avec les condyles.

On ne perçoit pas la rotule.

En outre on notait un certain degré d'atrophie des deux membres plus marqué sur le membre gauche qui était plus court de 5 millimètres.

Nous n'avons pas trouvé de syphilis chez la mère ni aucune cause ayant pu expliquer ces malformations.

La malformation du genou nous a paru particulièrement intéressante. Elle est en effet relativement rare et consiste en une subluxation antérieure du genou ou, suivant l'expression de M. Guéniot, en un renversement de la jambe en avant, dénomination qui traduit mieux la malformation que celle de « Genu recurvatum » d'Albert.

Rétention d'urine chez le fœtus Sans malformations des voies urinaires *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1909, p. 129.

Nous avons apporté les pièces provenant de l'autopsie d'un enfant mort-né qui présentait une rétention d'urine.

La vessie surdistendue remontant à l'appendice xyphoïde, les uretères

également très dilatées avaient un diamètre presque double de celui de l'intestin.

L'intérêt de cette rétention d'urine c'est que malgré des recherches attentives la cause nous en échappe : nous n'avons trouvé aucune lésion des organes excréteurs, aucune compression venue de l'extérieur.

Nous avons admis alors l'hypothèse d'une paralysie. Mais l'examen de la moelle et du rachis ne nous donna aucun résultat. Seul l'examen de l'encéphale nous permet de constater l'existence d'une hémorragie méningée qui semblait récente et qui était peu abondante

Aucune malformation : les testicules étaient descendus

L'extraction très pénible de l'enfant expliquant la légère hémorragie constatée, nous ne saurions attribuer à la lésion méningée le phénomène de paralysie vésicale. Nous le rapprochons donc des cas déjà signalés par les auteurs bien qu'à l'inverse de ceux-ci nous n'ayons constaté ni oligoamnios, ni malformations fœtales.

Malformations multiples chez un nouveau-né, Maygrier et Lemeland. *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique de Paris,* 1909, 264.

Nous avons présenté les pièces provenant de l'autopsie d'un enfant présentant de multiples malformations.

Méningo-encéphalocèle, spina bifida cervical, hexadactylie régulière aux quatre membres, double pied bot varus équin, énormes reins polykystiques, cloisonnement vaginal.

L'observation de la mère ne nous a pas renseigné sur la cause de cette monstruosité.

ÉVREUX, IMPRIMERIE CH. HÉRISSEY, PAUL HÉRISSEY, SUCC

LEMELAND Henri-Noël-Joseph

I. — TITRES SCIENTIFIQUES ET FONCTIONS

A. TITRES ET FONCTIONS CIVILS

a) Faculté de Médecine

Docteur en Médecine (Prix de Thèse, Paris 1909).
Moniteur d'Accouchement à la Clinique Tarnier (1909-10).
Chef de Clinique Adjoint à la Clinique Tarnier (1910-12).
Chef de Clinique à la Clinique Tarnier (1912-13).

b) Assistance Publique

Externe des Hôpitaux 1899.
Interne des Hôpitaux 1905-1909.
Lauréat des Hôpitaux (Médaille d'argent, Chirurgie et Accouchement 1909).

c) Enseignement

Cours aux Élèves Sages-Femmes. La Maternité. Janvier-Mai 1909.
Manœuvres opératoires obstétricales a la Clinique Tarnier, 1910.
Préparateur du Cours d'obstétrique à la Faculté (M Jeannin, Agrégé, 1909-10).
Manœuvres opératoires obstétricales à la Faculté, 1910.
Cours de pratique obstétricale à la Clinique Tarnier (1910-11-12-13-14-19).
Cours de Physiologie à l'Ecole Municipale d'Infirmières (Salpétrière 1911).
Cours d'Anatomie et Physiologie à l'Ecole des Infirmières de l'Assistance Publique (1913-14-19).
Cours d'Hygiène aux Ecoles Municipales d'Infirmières, (Pitié-Lariboisière 1919).

d) Sociétés Savantes

Membre de la Société Obstétricale de France.
Membre de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris.
Membre de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française.

B. TITRES MILITAIRES

Mobilisé le 6 Août 1914 comme Médecin Aide-Major de 2me Classe. Envoyé en congé le 12 Février 1919, comme Médecin Aide-Major de 1re Classe.

Durée totale de mobilisation : 53 mois, 7 jours.
Se décomposant en : 38 mois et demi au front.
14 mois et demi à l'arrière.

Croix de Guerre -:- Deux Citations.

DATES	AFFECTATIONS DIVERSES
6 Août 1914 au 30 Octobre 1914	Train sanitaire permanent n° IV Évacuations { Gérardmer, Épinal, Verdun } puis Hôpital Villemin à Paris.
30 Octobre 1914 au 1er Janvier 1915	Place de Dunkerque, Service Chirurgical. Organisation de l'Hôpital de la Caserne Jean-Bart.
1er Janvier 1915 au 13 Juillet 1915	2e Groupe du 56e d'Artillerie. { Ypres, Butte de Mesnil } Evacué pour maladie contractée en service. Opéré à Châlons. Convalescence 3 mois.
13 Juillet 1915 au 13 Juin 1916	Hôpital 31 à Deauville. Service de Chirurgie.
13 Juin 1916 au 30 Novembre 1917	103me Régiment Artillerie, 9me Groupe. Combles, Sailly-Saillisel (Citation), Oise (Mars 1917), Champagne : Prosne, Cornillet, (Avril, Juillet 1917), Verdun : Offensive d'Août 1917, Aisne : la Malmaison, Chemin des Dames 1917. (Citation).
30 Novembre 1917 au 10 Janvier 1919	Chef de l'Equipe Chirurgicale 37 A. Jusqu'à l'armistice cette équipe a fonctionné uniquement comme poste chirurgical avancé à { Vailly jusqu'au 27 Mai 1918, Fraize (Vosges), La Houssière (Vosges) } Elle fut chargée ensuite de l'organisation : { 1° du service de récupération des prisonniers de guerre de Raon-l'Etape. Nov.-Déc. 1918. 2° de l'Hôpital de l'Orphelinat de Neudorf à Strasbourg. }
10 Janvier 1919 au 12 Février 1919	Paris, Démobilisation.

CITATIONS

1re CITATION : Ordre du Groupement Garnier. Ordre n° 46. « Chef du Service de Santé du 9e Groupe. A montré, depuis que le Groupe est engagé, le plus grand dévouement professionnel et le mépris le plus absolu du danger, soignant les blessés sur la ligne de feu et malgré les plus violents bombardements »

Le 4 Novembre 1916.

Le Chef d'Escadron
Commandant le Groupement AL/42,
Signé : GARNIER.

2me CITATION : Ordre du 103me Régiment Artillerie. Ordre 295. « Chef du Service de Santé du 9me Groupe ; N'a cessé de faire preuve d'une grande compétence médicale, prodiguant les soins aux blessés dans des circonstances toujours pénibles et parfois dangereuses. »

Le 20 Novembre 1917.

Le Lieutenant-Colonel
Commandant le 103e R. A. L.
Signé : ROCHAS.

II. — TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1905. 1. Un cas d'hémorragies multiples chez un nourrisson (en collaboration avec le Dr Maygrier) Soc. Obstr. de France. Fait clinique.

2. Présentation d'un enfant âgé de 8 jours atteint de malformations des membres (en collaboration avec le Doct. Maygrier) Soc. d'Obst. Paris, 15 Juin. Fait clinique.

3. Appendicite et grossesse (en collaboration avec le Dr Tissier) Soc. d'Obst. de Paris, 15 Juin 1905. Fait clinique.

1909. 4. Rétention d'urine chez le fœtus sans malformations des voies urinaires (Soc. d'Obst. de Paris), 25 Mars 1909. Fait clinique, présentation de pièces.

5. Rétention stercorale à la suite d'un accouchement provoqué. Guérison par les lavements électriques (en collaboration avec le Docteur Maygrier). Soc. d'Obst. de Paris, 22 Avril 1909. Fait clinique.

6. Spina bifida opéré 4 jours après la naissance (en collaboration avec le Dr Maygrier). Soc. d'Obst. de Paris, 22 Avril 1909. Fait clinique, présentation de pièces.

7. Malformations multiples chez un nouveau-né (en collaboration avec le Docteur Maygrier). Soc. d'Obst. de Paris, 17 Juin 1909. Fait clinique, présentation de pièces.

8. Rupture des vaisseaux de la face fœtale du placenta au cours du travail (en collaboration avec le Dr Maygrier) Soc. d'Obst. de Paris, 7 Juin 1909. Fait clinique.

9. De la torsion des fibromes utérins sous-séreux et interstitiels (en collaboration avec le Dr Piquand) Revue de Chirurgie et de Gynécologie, Juin 1909. Thèse de Paris, Juillet 1909.

10. De la torsion des fibromes utérins au cours de la grossesse (en collaboration avec le Dr Piquand), l'Obst. Juillet 1909.

1910. 11. Les altérations des fibromyomes de l'utérus au cours de la grossesse et de la puerpéralité (en collaboration avec le Dr Piquand). L'Obstétrique, Janvier 1910.

Dans les trois mémoires précédents, nous avons apporté, en plus de la revue générale de la question de la torsion des fibromes, une étude histologique des lésions produites par cet accident, et que nous avons figurées dans plusieurs planches. Cette étude, entièrement personnelle, a été faite sur plusieurs cas que nous avons pu observer. De ces observations nous avons pu tirer une étude clinique, pathogénique et thérapeutique.

12. Tumeur sacro-coccygienne chez un nouveau-né. Ablation. Guérison (en collaboration avec le Dr Maygrier). Soc. d'Obst. de Paris, 20 Janvier 1910. Fait clinique.

1911. 13. Anomalie de la torsion intestinale. Soc. d'Obst. de Paris, 16 Mars 1911. Fait clinique avec figure.

14. Le Salvarsan en Obstétrique (revue générale), l'Obstétrique. Avril 1911.
Premier travail d'ensemble paru sur cette question alors d'actualité.

1912. 15. Rupture utérine. Opération de Porro (en collaboration avec le Dr Brindeau), Soc. d'Obstét. et de Gynécologie de Paris. Février 1912. Fait clinique

16. L'élaboration des albumines de la ration chez la femme enceinte soumise au régime lacté (Arch Mensuelles d'Obstétr. Mai 1912.

Mémoire original de Physiologie obstétricale où nous avons étudié comment se comportait l'organisme de la femme gravide normale lorsqu'elle était soumise au régime de désintoxication — Etude qui peut servir de point de départ à celle des intoxications gravidiques.

1913. 17. Les résultats observés à la Clinique Tarnier par l'emploi du Salvarsan et du Néosalvarsan (en collaboration avec M. Brisson) Arch. mensuelles d'Obstétr. Mars 1913.

Etude méthodique du médicament, alors nouveau, sur la femme gravide, sur le fœtus in-utero, sur la femme pendant les suites de couches, sur le nouveau-né. Nous avons précisé la technique de l'injection, étudié les réactions générales produites par celle-ci, l'élimination de l'arsenic, les modifications apportées à l'élimination azotée chez la femme, les modifications sanguines, enfin l'action sur les lésions syphilitiques, tant par la recherche des spirochètes dans les lésions que par l'examen clinique de celles-ci, enfin par la réaction de Wassermann. Les conclusions que nous avons formulées sont celles qui ont été acceptées par Sauvage dans son rapport à la Société Obstétricale de France; elles ont été peu modifiées depuis lors.

18. Collaboration au Manuel des Infirmières, publié sous la direction de MM. Mesureur et Cornet. - Vigot, éditeur.

1914. 19. Les Sages-femmes en Angleterre ; Leur enseignement; L'organisation de leur profession. Arch. mensuelles d'Obst. Janvier 1914.

1919. 20. Série d'observations cliniques avec Photographies et pièces anatomiques concernant les blessures de guerre. Musée du Val-de-Grâce. Travail de l'Equipe Chirurgicale 37-A. avec la collaboration de mon aide, le Dr Gaborit.

PRESSE MÉDICALE

Collaboration aux Arch. mensuelles d'Obst. et de Gynécologie